

CORRELAÇÃO ENTRE DOIS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM VALVOPATAS COM DIFERENTES GRAUS DE COMPROMETIMENTO VENTRICULAR

Adriana Reis dos Santos (IC) e Marcelo Fernandes (Orientador)

Apoio: PIBIC CNPq

Resumo: As doenças cardiovasculares (DVC) possuem relação direta com o comprometimento da Qualidade de Vida (QV) em cardiopatas, em função da diminuição da função cardíaca e consequente redução da capacidade funcional. Tendo em vista que a avaliação da QV influencia nas decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde e corrobora para indicativos quanto à eficácia e impacto de tratamentos, foram desenvolvidos instrumentos de avaliação da QV em determinadas populações. Especificamente em cardiopatas, encontramos o *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ), já validado e amplamente utilizado na prática clínica e o *Instrumento para Mensuração do Impacto da Doença no Cotidiano do Valvopata* (IDCV), validado no Brasil, porém, pouco usual e específico para valvopatas. **Objetivo:** Verificar a correlação entre dois questionários de mensuração de QV em indivíduos valvopatas com diferentes graus de comprometimento ventricular. **Materiais e métodos:** Foram estudados valvopatas (25 homens) com idade de 66 ± 10 anos. Foram aplicados dois questionários alternadamente, um genérico para DVC (MLHFQ) e outro específico para Valvopatias (IDCV). Os escores dos questionários foram expressos em percentuais do escore máximo, comparações foram feitas por meio do Teste *t-student* pareado e correlações por meio dos coeficientes de correlação de *Spearman*, considerando nível de significância estatística de $p \geq 0,05$. **Resultados:** Os indivíduos obtiveram baixos escores nos dois questionários, atestando baixo comprometimento da QV frente à doença. Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os percentuais dos escores máximos dos questionários IDCV e MLHFQ (29 ± 7 versus 23 ± 16 , $p = 0,018$), respectivamente e ausência de correlação entre os instrumentos ($r = 0,127$, $p = 0,453$). **Conclusão:** O instrumento específico para avaliação da qualidade de vida em valvopatas (IDCV) não correlacionou-se com o instrumento genérico para DVC (MLHFQ). Portanto, recomendamos a revisão do IDCV e sua não utilização na prática clínica.

Palavras-chave: Valvopatia, Qualidade de vida, Questionários.

Abstract: Cardiovascular diseases (CD) have a direct relation to the impairment of life quality (LQ) in cardiopathic people, due to the reduction of the cardiac function and the consequent reduction of the functional capacity. Having in mind that the evaluation of the LQ influences the therapeutic decisions and behaviours of the healthcare teams and corroborates the indicatives in terms of the effectiveness and the impact of the treatment, evaluative instruments of the LQ were developed in certain populations. Particularly with cardiopathic people, it was found the *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ), which is already validated and amply used on the clinical practice and the *Instrument for Measuring the Impact of Disease in the Everyday of Patients with Heart Valve Disease* (CVID), validated in brazil, however, rarely habitual and specific for people who suffer from valvular heart disease. **Objective:** To verify the correlation between two measurement questionnaires of the

LQ in individuals who have valvular heart disease with different levels of ventricular impairment.

Materials and methods: People with valvular heart disease were studied (25 men) with the age of 66 ± 10 years old. Two questionnaires were applied alternately, a generic one for CD (MLHFQ) and a specific one for valvulopathies (CVID). The scores from the questionnaires were expressed in percentages of the highest score, comparisons were made through the paired *t-student* Test, and correlations through the coefficients of correlation of *Spearman* taking into account the level of statistical significance of $p \geq 0,05$. **Results:** The individuals obtained low scores within the two questionnaires, attesting low impairment of LQ towards the disease. It was ascertained a statistically significant difference between the percentages of the highest scores of the questionnaires CVID and MLHFQ (29 ± 7 versus 23 ± 16 , $p = 0,018$), respectively, and the lack of correlation between the instruments ($r = 0,127$, $p = 0,453$). **Conclusion:** The specific instrument for the evaluation of life quality in people who suffer from valvular heart disease (CVID) did not correlate with the generic instrument for the CD (MLHFQ). Therefore, it is recommended the revision of the CVID and its no use into the clinical practice.

Keywords: Valvulopathy, Quality of Life, Questionnaires.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, determinou o conceito de saúde como sendo não somente a ausência de uma doença, mas também a presença de um bem-estar físico, mental e social (CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946). Isso contribuiu para uma mudança de paradigma nas ciências da saúde, que passaram a incluir uma abordagem de prevenção e limitação dos danos causados pelas doenças. Com isso avanços foram obtidos na promoção de uma melhor condição de saúde e de qualidade de vida (QV). Para tanto, na busca de elaborar um instrumento que avaliasse a QV em um aspecto global, o *The World Health Organization quality of life assessment* (WHOQOL GROUP) (1995) conceituou QV como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

O conceito de QV está presente no âmbito geral da sociedade e compreende várias formas de interpretações, sendo amplas ou limitadas, de modo a traduzir melhoria ou bem-estar na vida das pessoas, seja em relação à saúde, à moradia, ao lazer ou aos hábitos de vida como, atividade física e alimentação (DE ALMEIDA *et al.*, 2012).

A avaliação da QV em indivíduos considerados “doentes” tem sido cada vez mais relevante na prática clínica por influenciar grandemente as decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde, além de corroborar para indicativos quanto à eficácia e impacto de tratamentos em portadores de agravos diversos e na comparação de procedimentos para controle de doenças (CAMPOS & NETO, 2014; SEIDL & ZANNON, 2004).

A medição da QV pode ser efetuada através da aplicação de questionários genéricos ou específicos e devem considerar aspectos como a doença ou condição do paciente, reações do indivíduo sobre a convivência com a doença, aspecto social, pessoal e recreacional, além do perfil da população. Sendo assim, torna-se relevante que os instrumentos utilizados sejam válidos, confiáveis, sensíveis e responsivos (FLECK, 2008; ROSSI *et al.*, 2011).

Dentre os instrumentos para avaliação da QV no paciente com DCV encontramos o *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) (RECTOR & COHN, 1992). Traduzido para mais de 30 países, validado no Brasil (CARVALHO *et al.*, 2009), com formato abrangente e de fácil aplicação, o MLHFQ vem sendo utilizado para mensurar a QV em pacientes com insuficiência cardíaca (IC). É composto por 21 questões com enfoque na percepção do indivíduo sobre os efeitos da IC no que se refere ao seu impacto físico, psicológico e socioeconômico (GUYATT & PITT, 1993; DOS SANTOS *et al.*, 2009).

Com a escassez de estudos que mensurem o impacto de determinadas doenças cardíacas na QV por meio de instrumentos específicos, voltados exclusivamente para uma determinada afecção, foi desenvolvido um questionário exclusivo para o paciente portador de valvopatias denominado *Instrumento para Mensuração do Impacto da Doença no Cotidiano do Valvopata* (IDCV) (PADILHA et al., 2007). O IDCV é um questionário desenvolvido e validado no Brasil composto por duas escalas com 14 itens cada uma. A primeira destina-se a medir o grau de impacto da doença nas diferentes dimensões da vida, enquanto a segunda visa a avaliação das mudanças promovidas pela doença no dia a dia.

Apesar de ter sido desenvolvido no Brasil e de ter sua construção voltada para as especificidades das valvopatias, o IDCV ainda não é amplamente utilizado em nosso meio e necessita que mais estudos sejam realizados para confirmar sua confiabilidade, responsividade e correlação com outros questionários já utilizados na prática clínica. Nesse sentido, o MLHFQ tem sido o questionário de escolha para avaliação da QV na população valvopata, muito embora seja um instrumento voltado para as alterações provenientes da IC. A possibilidade de uso do MLHFQ junto aos valvopatas ocorre pelo fato de que a IC é a via final do desenvolvimento da maioria das DCV, inclusive das valvopatias. No entanto, acreditamos que o IDCV, por ser uma ferramenta de avaliação voltada exclusivamente para o paciente valvar, possua maior especificidade para avaliação da QV nessa população. Nesse escopo, hipotetizamos que o IDCV apresente alta correlação com o MLHFQ, o que apoiaria seu uso na prática clínica e assim o constituiria como instrumento de escolha para mensurar a QV na população valvopata, com grande potencial de trazer informações mais precisas e sensíveis nessa população. Portanto o objetivo do presente estudo foi avaliar a correlação de dois instrumentos de mensuração de qualidade de vida em uma população de pacientes portadores de valvopatia com diferentes graus de comprometimento ventricular.

REFERÊNCIAL TEÓRICO

Mansur & Favarato (2012) ressaltam que as doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos no Brasil. Além disso, Christmann et al. (2011) relataram que a DCV tem relação direta com o comprometimento da QV por conta da diminuição da função cardíaca e consequente redução da capacidade funcional do indivíduo (MANSUR & FAVARATO, 2012; CHRISTMANN et al., 2011).

No que diz respeito ao aspecto anatômico das DCV, Tarasoutchi et al. (2011) e Quader & Rigolin (2014) discorrem em seus estudos sobre as doenças das valvas cardíacas (valvopatias). Segundo eles, as valvopatias são caracterizadas por “estenose valvar” ou “insuficiência valvar”. Tanto a estenose quanto a insuficiência valvar decorrem de

anormalidades em alguns locais do aparelho valvar, tais como: folhetos, ânulo, cordas tendíneas e músculos papilares. A insuficiência valvar é definida como a incapacidade de manutenção do fluxo sanguíneo anterógrado nas câmaras cardíacas em função de refluxo através da valva, acarretando em aumento de volume e pressão nas cavidades cardíacas. Tal situação aumenta a pressão no sistema vascular pulmonar e, por conseguinte conduz à congestão pulmonar. Em contrapartida, a estenose valvar é definida como obstrução do fluxo de sangue anterógrado em função de espessamento, imobilidade dos folhetos da valva, áreas calcificadas ou encurtamento das cordas tendíneas. Tais alterações conduzirão à obstrução do fluxo sanguíneo através da valva (TARASOUTCHI *et al.*, 2011; QUADER & RIGOLIN, 2014). Outro aspecto a se levar em consideração são as respostas cardíacas frente a presença das afecções valvares. A hipertrofia mais acentuada no caso das estenoses e dilatação das câmaras cardíacas de maneira mais pronunciada no caso das insuficiências (BONOW *et al.*, 1998; ANDRADE *et al.*, 2011). Tais modificações afetam diretamente a dinâmica contrátil miocárdica, sobretudo em função das alterações observadas nos volumes cardíacos. Inicialmente pouca ou nenhuma alteração hemodinâmica será encontrada em função de importantes mecanismos de controle cardíaco, como é o caso do Mecanismo de *Frank-Starling* (GONÇALVES, 2004). Posteriormente, no entanto o estresse hemodinâmico decorrente das sobrecargas de volume ou pressão começará a afetar diretamente a pequena e/ou grande circulação a depender da valva comprometida. O tempo de instalação dos sintomas e da limitação funcional nos pacientes poderá variar a depender da magnitude do dano valvar, porém sabe-se que a via final deste processo será o comprometimento miocárdico em função da redução da contratilidade cardíaca (insuficiência cardíaca), redução do débito cardíaco, dispneia e redução da QV (BOCCHI *et al.*, 2009; KUBO *et al.*, 2001). Neste quadro, a QV passa a apresentar importante papel como marcador indireto da evolução das valvopatias.

O avanço tecnológico em terapias fez com que a expectativa de vida da população, principalmente com doenças crônicas se prolongasse. O fato é que viver por mais tempo não é sinônimo de viver com saúde, pois, geralmente os indivíduos possuem alguma limitação que os impedem de realizar atividades cotidianas. Com isso, tem sido constante o interesse no que diz respeito a avaliação ou mensuração da qualidade de vida da população (LANDEIRO *et al.*, 2011; PELEGRINO *et al.*, 2011).

Em estudos anteriores verificou-se que o MLHFQ vem sendo o instrumento mais utilizado para avaliação do impacto da Insuficiência cardíaca diante da QV; sendo específico para esta afecção, o torna mais próximo da realidade desse perfil de paciente. Entretanto a maioria dos estudos que cercam a análise da QV puramente, empregam questionários genéricos. Buscando a aplicabilidade de instrumentos mais específicos e que mensurassem

a QV relacionada à saúde de forma mais completa, foi desenvolvido em 2007 o IDCV; questionário direcionado para indivíduos com acometimento valvar (NOGUEIRA *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2009). Estudos pregressos mostraram que, embora o IDCV tenha sido construído para mensurar o impacto da valvopatia sobre a QV destes indivíduos, o apuramento de seus itens resultou na seleção de questões pertinentes para medida do impacto em outras afecções cardíacas com sintomas semelhantes. Pavan *et al.*, (2013) evidenciaram em seu estudo a praticabilidade, aceitabilidade e potencial de sensibilidade do IDCV em pacientes portadores de hipertensão. Não obstante, o IDCV ainda não foi objeto de muitos estudos que o comparassem a outros instrumentos a fim de confirmar sua aplicabilidade e responsividade.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional transversal conforme parceria científica já estabelecida entre a Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM) e o Hospital do Coração (HCor) de São Paulo. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética de ambas as Instituições e encontra-se aprovado conforme processo CEP/UPM nº 649036 e CAAE 01228312.1.0000.0084. Todos os participantes do estudo foram totalmente informados sobre os objetivos da pesquisa, avaliações, caráter essencialmente científico do trabalho e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A triagem e seleção dos indivíduos foi realizada mediante análise de prontuários no *Serviço de Arquivo Médico* (SAME) do HCor.

Foram recrutados indivíduos no contexto clínico ou cirúrgico com diagnóstico de valvopatias (estenose ou insuficiência valvar) em acompanhamento no Ambulatório do HCor, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 70 anos, estáveis clinicamente, com diferentes graus de comprometimento ventricular atestado por meio da fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE) presente no exame de ecocardiograma mais recente em relação à data de coleta. Não foram incluídos portadores de doenças associadas que pudessem interferir de forma significativa na QV tais como: distúrbios neurológicos, musculoesqueléticos, neoplásicos e alterações do sistema respiratório. Além disso, não foram incluídos indivíduos que estivessem incapacitados de se locomoverem ao local (HCor) onde foram realizadas as aplicações dos questionários, bem como aqueles com menos de um mês de pós-operatório. Após a inclusão no estudo, os indivíduos que apresentaram dificuldade de compreensão dos instrumentos de pesquisa, mesmo após sua explicação por parte do pesquisador, foram excluídos. A aplicação dos questionários foi realizada individualmente no HCor, sob assistência direta do pesquisador executor sem, no entanto, interferência na capacidade julgadora do sujeito de pesquisa e com garantia de ambiente livre de interferência externa durante as respostas das questões.

Após triagem foram coletados e anotados em Ficha de Avaliação padronizada o diagnóstico da doença valvar, dados pessoais, antropométricos, cirúrgicos, bem como dados referentes à função ventricular. Os dois questionários (MLHFQ e IDCV) foram então aplicados seguindo modelo de alternância quanto à ordem de aplicação para cada participante. O MLHFQ possui 21 itens com tempo de aplicação em torno de 5 a 10 minutos e pontuação que varia de zero a 05 para cada questão utilizando uma escala *Likert*, de maneira que zero corresponde ao descritor “sem limitação” e 05 “limitação máxima” da QV para cada questão específica. O escore total (escore global) pode variar de 0 a 105 e é calculado através da soma dos produtos, sendo que quanto menor o valor do escore total melhor a QV. Além disso, a QV no MLHFQ pode ser expressa em 03 dimensões que refletem “dificuldades físicas”, “emocionais” bem como outros itens relacionados à situação financeira, efeitos colaterais de medicamentos e estilo de vida (CARVALHO *et al.*, 2009; DOS SANTOS *et al.*, 2009).

O IDCV é constituído por 28 itens distribuídos equitativamente em duas partes (A e B). A parte A é composta por itens que avaliam o impacto da doença, já a Parte B por itens que avaliam as repercussões advindas da valvopatia no cotidiano do indivíduo. Os itens estão agrupados em quatro domínios que refletem o impacto da doença nos seguintes aspectos: físico, atividades cotidianas, social, emocional e adaptação à doença. Na Parte A as respostas variam numa escala (Likert) de 05 pontos, sendo (1) “discordo totalmente” e (5) “concordo totalmente”. Na Parte B as respostas variam de 01 a 05 sendo (1) “muito ruim” e (5) “muito bom”. O escore final é calculado pela soma de todos os produtos obtidos entre as duas partes e apresentará variação entre 14 e 350. Quanto menor o escore, menor o impacto da doença percebido pelo sujeito (RODRIGUES *et al.*, 2013). As fases do protocolo estão apresentadas na figura 01.

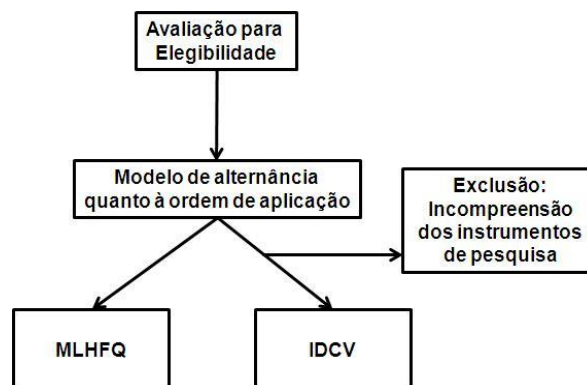


Figura 01- Dinâmica do protocolo.

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha do Excel para Windows 2013 e em seguida transferidos para o programa estatístico SPSS versão 20. Para análise de normalidade dos dados utilizou-se o Teste Kolmogorov-Smirnov. As comparações entre os

escores dos dois questionários foram realizadas utilizando os valores referentes aos percentuais do escore máximo de cada instrumento por meio do Teste *t-student* pareado. Correlações entre os escores dos questionários foram feitas por meio do Teste de Correlação de *Spearman* conforme a distribuição dos dados, considerando nível de significância estatística de $p \geq 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram estudados 37 pacientes valvopatas, sendo 25 homens (67,6%) e 12 mulheres (32,4%), com idade média de 66 ± 10 , Índice de Massa Corporal (IMC) de 28 ± 4 e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 55 ± 13 . Em relação aos hábitos de vida, 16 pacientes (43,2%) ingeriam bebida alcoólica com média de frequência semanal de $2,19 \pm 2$. Além disso, 17 pacientes (45,9%) eram ex-tabagistas, conferindo uma carga tabágica de $31,8 \pm 29,2$ maços-ano.

Dos 37 pacientes, 12 (32,4%) possuíam apenas uma lesão valvar, 15 (40,5%) possuíam duas lesões valvares e 10 (27%) apresentavam três lesões. Quanto aos tipos de lesão, 28 (75,6%) apresentavam Insuficiência Mitral (IMi), 19 (51,3%) Insuficiência Aórtica (IAo) e 25 (67,5%) Insuficiência Tricúspide (ITr). Dentre eles, 5 (13,51%) foram submetidos anteriormente a cirurgia valvar e 12 (32,4%) ao procedimento de revascularização do miocárdio (Tabela 01).

Tabela 1. Dados gerais da amostra (antropométricos, função cardíaca, hábitos de vida, quantidade de lesões valvares, características e cirurgias).

Variáveis	N	%	MD+DP
Dados gerais			
Idade (anos)	--	--	66±10,04
IMC (Kg/m ²)	--	--	28±4,6
FEVE (%)	--	--	55±13,3
Hábitos de vida			
Bebida alcoólica	16	43,2	--
Frequência (x/semana)	--	--	2,19±2,04
Tabagismo	17	45,9	--
Carga tabágica (anos/maço)	--	--	32,9±28,7
Número de lesões			
1 lesão valvar	12	32,43	--
2 lesões valvares	15	40,54	--
3 lesões valvares	10	27,03	--
Tipos de lesões			
Insuficiência mitral	28	75,67	--
Insuficiência aórtica	19	51,35	--
Insuficiência tricúspide	25	67,56	--
Cirurgias			
Valvar	5	13,51	--
RM	12	32,43	--

MD+DP: média e desvio padrão; IMC: Índice de Massa Corporal; FEVE: Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo; RM: Revascularização do Miocárdio.

Em relação a farmacologia, todos os pacientes estavam sob acompanhamento médico e os medicamentos eram utilizados sob prescrição. Houve grande variação em relação ao uso de medicamentos; os indivíduos usaram de 01 a 13 classes diferentes. Os medicamentos mais utilizados pelos pacientes foram os anti-hipertensivos, dislipidêmicos e anti-agregantes plaquetários.

No que tange aos questionários, todos os pacientes responderam ao questionário IDCV apresentando escore médio total de 103 ± 23 o que corresponde a $30 \pm 7\%$ do escore máximo. Já o questionário MLHFQ obteve escore médio total de 24 ± 17 correspondendo a $23 \pm 16\%$ do escore máximo, como representado na tabela 2.

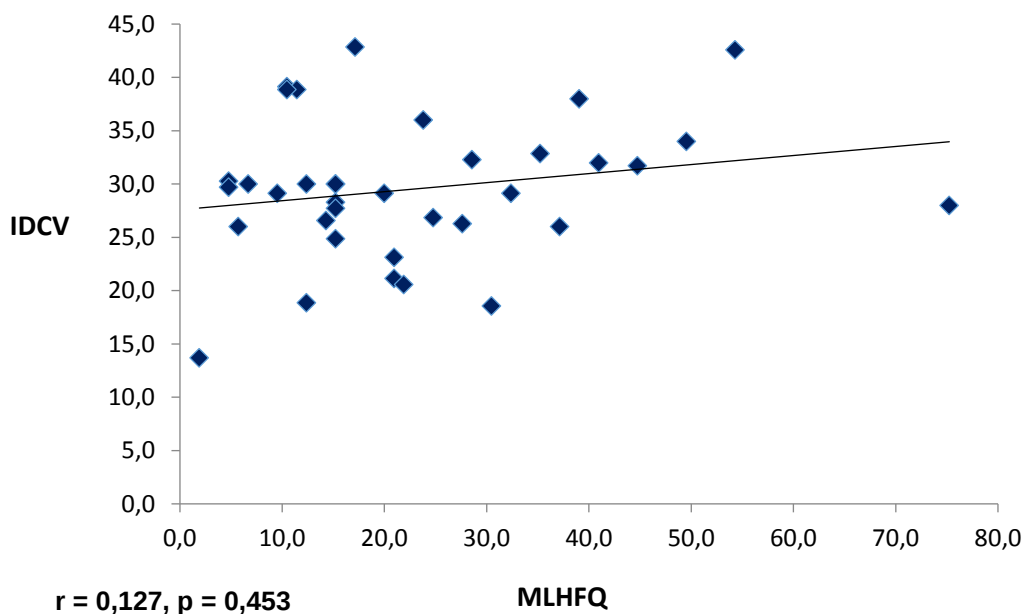
Tabela 2. Qualidade de vida por meio dos instrumentos MLHFQ e IDCV, escores absolutos e percentuais do escore máximo.

Instrumentos	Escore total	% em relação ao escore máximo
IDCV	103 ± 23	30 ± 7 *
MLHFQ	24 ± 17	23 ± 16

* $p = 0,018$ versus MLHFQ

Ao comparar os percentuais dos escores máximos entre os instrumentos, observou-se diferença estatisticamente significativa entre eles, 30 ± 7 versus 23 ± 16 ($p = 0,018$) para IDCV e MLHFQ, respectivamente. Além disso, não observamos correlação entre os instrumentos de QV estudados ($r = 0,127$, $p = 0,453$) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Correlação entre os percentuais do escore máximo dos instrumentos de Qualidade de vida (MLHFQ e IDCV).



O presente estudo teve como objetivo analisar a correlação entre dois instrumentos que mensuram a QV em pacientes valvopatas, sendo o MLHFQ genérico para pacientes portadores de IC e amplamente utilizado na prática clínica, e o IDCV específico para pacientes portadores de doença valvar, porém, pouco utilizado. Os pacientes no presente estudo obtiveram baixos escores nos dois questionários, atestando baixo comprometimento na QV. Além disso, não observamos correlação entre os dois instrumentos, o que foi reforçado pelo fato de observarmos diferença estatística entre os percentuais de escores máximos.

Os baixos escores obtidos nos questionários podem ser justificados em função da adequada FEVE apresentada pela amostra ($55 \pm 13\%$). Isto evidencia um perfil de indivíduos clinicamente estáveis e, possivelmente em decorrência disto, ainda não sensíveis às consequências da doença em sua vida. Acreditamos assim que tais pacientes ainda apresentam-se em níveis sub-clínicos no que se refere ao impacto da doença.

A diferença estatística entre os percentuais dos escores máximos dos dois instrumentos aponta a discordância entre os escores obtidos nos dois instrumentos e, portanto, a menor acurácia do IDCV, uma vez que o MLHFQ foi alvo de estudos específicos que o tornaram uma ferramenta confiável na prática clínica. Esta diferença entre os instrumentos pode ser entendida pela forma como os escores são calculados. No IDCV o escore é obtido a partir da soma dos produtos dos itens correspondentes entre as partes A e B do questionário, enquanto no MLHFQ o escore é obtido apenas pela soma das pontuações que os sujeitos atribuem a cada item. Outro ponto a ser observado refere-se à estrutura e métrica dos questionários, ou seja, a quantidade e diferente disposição das questões em cada instrumento. Apesar de respondidas com o mesmo modelo de escala (*Likert* de cinco pontos), as questões do IDCV são divididas em dois fragmentos (Parte A e B), enquanto no MLHFQ há apenas uma parte.

A ausência de correlação dos dois questionários pode ser justificada pelas seguintes hipóteses: (a) além da discordância entre as questões do IDCV, (b) sua interpretabilidade pode ter sido um fator de influência. Um estudo recente sobre a elaboração de instrumentos de medida na área da saúde discorre sobre estes critérios e ressalta que, no caso do IDCV nem todos os itens criados estão em concordância com a proposta do pesquisador e nem todos possuem bom desempenho. Além disso, o autor sinaliza a necessidade de atenção aos diversos tipos de critérios existentes para selecionar os itens adequados do novo instrumento. Dentre os critérios mais comumente utilizados para elaboração de um questionário para uso clínico estão: o critério comportamental, o critério da objetividade, da simplicidade, da clareza, da precisão, da validade, da relevância e da interpretabilidade. A necessidade de observância destes critérios está ligada a importância de se eliminar

qualquer item que esteja ambíguo, incompreensível, com termos vagos, com duplas perguntas, com jargões e/ou que remeta a juízo de valores, dentre outros (COLUCI *et al.*, 2015).

A formulação das questões usadas no IDCV traz em alguns itens dupla interpretação e, por conseguinte, incoerência no escore. O item 2 da parte B do questionário por exemplo, é uma das afirmações que exprime a discordância e a dificuldade de interpretação junto as opções de resposta na seguinte frase: “O problema no coração ter me tornado dependente de outras pessoas é...”, seguido dos descritores: “1. Muito ruim”, “2. Ruim”, “3. Não sabe responder”, “4. Bom”, “5. Muito bom”. Supondo que anteriormente o indivíduo tenha respondido na parte A do questionário que “não é dependente de outras pessoas”, na mesma afirmativa da parte B a resposta torna-se incoerente, pois, o indivíduo não consegue avaliar se esta consequência é boa ou ruim. Tal dificuldade de interpretação aponta para a falta de clareza na elaboração do item e induz os indivíduos a assinalarem a opção “não sabe responder”, interferindo na apuração do escore final.

Ainda no estudo de Pavan *et al.*, (2013), verificou-se que mais itens do instrumento IDCV apresentam dupla interpretação, os quais apontam para a necessidade de serem revisados ou excluídos afim de otimizar o desempenho da escala. Nossa hipótese prévia era a de que o IDCV apresentasse alta correlação com o MLHFQ, o que apoiaria seu uso na prática clínica e assim o constituiria como instrumento de escolha para mensurar a QV na população valvopata, com grande potencial de trazer informações mais precisas e sensíveis nessa população. No entanto, tal hipótese inicial não foi atestada, validando a ideia de que o IDCV deve ser alvo de melhorias em sua estrutura interna de concepção.

Vale ressaltar que, além dos pontos levantados acerca do IDCV, a população entrevistada apresentou inúmeras dúvidas em relação a interpretação deste questionário e, por tratar-se de um questionário que exprime apenas a percepção do indivíduo sobre sua afecção, acreditamos que esta dificuldade também contribuiu como uma interferência negativa adicional sobre os itens a serem respondidos, promovendo e explicando as diferenças encontradas entre os dois instrumentos. Reiteramos a necessidade de reavaliação da redação dos itens do IDCV verificando se sua elaboração atende aos critérios de concordância, interpretabilidade e se expõem adequadamente o que se espera medir.

CONCLUSÃO

Concluimos que o instrumento de mensuração de qualidade de vida direcionado para portadores de valvopatias (IDCV) não se correlaciona com o instrumento genérico voltado para indivíduos com insuficiência cardíaca (MLHFQ). Estudos futuros com a revisão do

IDCV são necessários para obtenção de refinamento do questionário e informações mais acuradas.

REFERENCIAS

ANDRADE, Jadelson Pinheiro de et al. I Latin American Guidelines for the diagnosis and treatment of Chagas' heart disease: executive summary. Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 96, n. 6, p. 434-442, 2011.

BOCCHI, Edimar Alcides et al. III Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 93, n. 1, p. 3-70, 2009.

BONOW, Robert O. et al. Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease Executive Summary A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Patients With Valvular Heart Disease). Circulation, v. 98, n. 18, p. 1949-1984, 1998.

CAMPOS, Maryane Oliveira; RODRIGUES NETO, João Felício. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. Revista Baiana de saúde pública, vol. 32, no. 2, p. 232, 2014.

CARVALHO, Vitor Oliveira et al. Validation of the portuguese version of the minnesota living with heart failure questionnaire. Arq. Bras. Cardiol, vol. 93, no. 1, p. 39-44, 2009.

COLUCCI, Marina Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MILANI, Daniela. Construção de instrumentos de medição na área de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. American Journal of Public Health and the Nations Health. vol. 36, no. 11, p. 1315-1323, 1946.

CHRISTMANN, Morgana; DA COSTA, Cássia Cinara; MOUSSALLE, Luciane Dalcanale. Avaliação da qualidade de vida de pacientes cardiopatas internados em um hospital público. Revista da AMRIGS, vol. 55, no. 3, p. 239-243, 2011.

DE ALMEIDA, Marco Antonio Bettine; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato. Qualidade de vida – EACH/USP, 2012.

DOS SANTOS, Jefferson Jovelino Amaral; PLEWKA, Jony Erwin Andreola; BROFMAN, Paulo Roberto Slud. Qualidade de vida e indicadores clínicos na insuficiência cardíaca: análise multivariada. Arq. Bras. Cardiol, vol. 93, no. 2, p. 149-156, 2009.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Artmed, 2008.

GONÇALVES, Sandro Cadaval. Processo decisório no manejo de valvulopatas na insuficiencia cardíaca. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Ano XIII nº 03 2004.

GUYATT, Gordon H.; PITT, Bertram. Measurement of health-related quality of life in heart failure. Journal of the American College of Cardiology, vol. 22, no. 4s1, p. A185-A191, 1993.

KUBO, Karin Mitie et al. Subsidies to elaborate outpatient nursing care for patients with aortic valve dysfunction. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 9, n. 5, p. 55-62, 2001.

LANDEIRO, G. M. B.; PEDROZO, C. C. R.; GOMES, M. J. et. al. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. *Ciências & Saúde Coletiva*, 16(10):4257-4266, 2011.

MANSUR, Antonio de Pádua; FAVARATO, Desiderio. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011; Mortality due to cardiovascular diseases in Brazil and in the metropolitan region of São Paulo: a 2011 update. *Arq. Bras. Cardiol*, vol. 99, no. 2, p. 755-761, 2012.

NOGUEIRA, Ivan Daniel Bezerra et al. Correlation between quality of life and functional capacity in cardiac failure. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, v. 95, n. 2, p. 238-243, 2010.

PADILHA, Kátia Melissa; GALLANI, Maria Cecília Bueno Jayme; COLOMBO, Roberta Cunha Rodrigues. Validity of an instrument to measure the impact of valve heart disease on the patient's daily life. *Journal of clinical nursing*, vol. 16, no. 7, p. 1285-1291, 2007.

PAVAN, Renata Bigatti Bellizzotti et al. Confiabilidade e aspectos práticos da medida de impacto da doença sobre os pacientes hipertensos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 21, n. 6, p. 1258-1265, 2013.

PELEGRINO, Viviane Martinelli; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; CLARK, Alexander Michael. Determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 3, p. 451-457, 2011.

QUADER, Nishath; RIGOLIN, Vera H. Two and three dimensional echocardiography for pre-operative assessment of mitral valve regurgitation. *Cardiovascular ultrasound*, vol. 12, no. 1, p. 42, 2014.

RECTOR, Thomas S.; COHN, Jay N. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. *American heart journal*, vol. 124, no. 4, p. 1017-1025, 1992.

RODRIGUES, Simey De Lima Lopes et al. Impacto da doença: aceitabilidade, efeitos teto e chão e confiabilidade de um instrumento na insuficiência cardíaca. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 47, no. 5, p. 1091-1098, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78055/82088>>. Acesso em: 22 Abr. 2015.

ROSSI, Renata Claudino et al. Influência do perfil clínico e sociodemográfico na qualidade de vida de cardiopatas submetidos à reabilitação cardíaca. *Conscientiae saúde (Impr.)*, vol. 10, no. 1, 2011.

SANTOS, J. J. A.; PLEWKA, J. E. A.; BROFMAN, P. R. S. Qualidade de Vida e Indicadores Clínicos na Insuficiência Cardíaca: Análise multivariada. *ArqBrasCardiol* 2009; 93(2) : 159-166;

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de saúde pública*, vol. 20, no. 2, p. 580-588, 2004.

TARASOUTCHI, F. et al. Diretriz brasileira de valvopatias-SBC 2011/I Diretriz Interamericana de Valvopatias-SIAC 2011. *Arq. Bras. Cardiol*, vol. 97, no. 5, p. 01-67, 2011.

WHOQOL GROUP et al. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science & medicine, vol. 41, no. 10, p. 1403-1409, 1995.

CONTATOS: reissantosadriana@gmail.com e marcelo.fernandes@mackenzie.br.